

PÉRINÉPHRITE

Synonymie : *Phlegmon ou abcès périnéphrétique*. — *Abcès périnéphrétiques* (Trousseau). — *Abcès périrénaux*.

La *périnéphrite* est l'inflammation du tissu cellulo-adipeux qui entoure le rein.

Hippocrate semble avoir soupçonné l'existence de la périnéphrite; cependant l'histoire de cette maladie ne remonte guère au delà de Rayet, qui l'établit au moyen des observations antérieures de Cabrol, de Blaud, de Ducasse, de Bell, de Chopart, de Civiale, etc. Les auteurs anciens, Galien, Arétée, Paul d'Égine, aussi bien que ceux de la renaissance, depuis Avicenne jusqu'à Paré, Vigo, Ferrand, etc., ont donné des descriptions qui se rattachent non à la périnéphrite, mais à la pyélite suppurée. Depuis Rayet la périnéphrite a été étudiée avec plus de soin par Lenepveu, Féron et Picard; Hallé en donna une bonne description dans sa thèse (1863), et les leçons de Trousseau firent bien connaître la symptomatologie de cette affection. Plus récemment il faut citer les leçons cliniques de N. Gueneau de Mussy, l'article de Lanceaux dans le *Dictionnaire encyclopédique*, les thèses de Naudet, Kraestschmar et Vaugy, et enfin le travail assez complet de Nieden.

ÉTILOGIE. — La périnéphrite est *primitive* ou *secondaire*.

Le phlegmon périnéphrétique primitif s'observe à la suite des blessures de la région lombaire par instruments piquants ou tranchants, ou par coup de feu (Pépin, Baudens, Legouest). Les contusions de la région lombaire peuvent être également suivies de périnéphrite, comme Bell, Bergounhioux, Féron, Rayet, Gueneau de Mussy en ont rapporté des exemples. Il est probable que dans ces cas il se fait dans le tissu cellulo-adipeux périrénal une extravasation sanguine qui devient le point de départ d'une irritation phlegmasique. Les cas de kyste hydatique du tissu cellulaire périrénal, signalés par Ebstein et Monti, comme point de départ d'un phlegmon périnéphrétique, semblent avoir un mécanisme analogue. Les marches forcées, les exercices exagérés, les longues courses à cheval (Turner), la fatigue, certains efforts violents (Trousseau), les chutes sur le siège (Bergounhioux) se rencontrent parfois parmi les causes de la périnéphrite primitive; mais dans l'esprit de Hallé ces différentes causes ne seraient véritablement actives qu'à condition d'agir simultanément avec le refroidisse-

ment. D'ailleurs l'influence du froid et de l'humidité est souvent la seule cause de l'abcès périnéphrétique, et Gueneau de Mussy, Blaud, Vaugy en ont rapporté des exemples incontestables.

La périnéphrite secondaire est souvent consécutive aux inflammations portant sur les organes environnants et principalement sur le rein. La pyélo-néphrite calculeuse donne fréquemment lieu aux abcès périrénaux avec ou sans perforation des calices et du bassinet (1). Il en est de même des autres corps étrangers du rein, les kystes hydatiques (Rayet, Denonvilliers), les strongles (Chopart, Manblot), ou les dégénérescences : tubercules, cancer (Cornil). Les abcès du psoas, du foie et de la vésicule biliaire, les suppurations de la colonne vertébrale et du petit bassin peuvent s'étendre à l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein. Enfin la périnéphrite a été observée consécutivement à des perforations du côlon (Rayet) ou même de l'appendice iléo-cæcal (Audouard), aux inflammations de la plèvre (plusieurs faits de Gintrac).

L'abcès périnéphrétique a souvent une origine plus éloignée et plus difficile à expliquer, par exemple lorsqu'il se développe à la suite d'opérations faites sur le testicule (Chopart) (2), sur le rectum (König), sur l'utérus ou ses annexes, à la suite de colique néphrétique et de cystite (Trousseau, Tachard, Nieden) sans lésions inflammatoires du rein.

Certains états généraux déterminent l'apparition du pus dans le tissu cellulaire périrénal par un procédé encore inconnu. On a rencontré la périnéphrite à la suite de la fièvre typhoïde (Duplay), du typhus (Rosenstein), de la fièvre puerpérale (Trousseau, G. de Mussy), de la pneumonie gangreneuse (Desruelles), de la pyohémie consécutive à la phlébite de la veine ombilicale chez le nouveau-né (Monti). Il faut noter que, dans ces maladies reconues aujourd'hui parasitaires, il y a une grande tendance à la formation d'abcès dans tous les tissus.

Jusqu'à ces dernières années, on croyait volontiers que la péri-

(1) Tout le monde connaît la célèbre observation de Miquel relative à un fait de périnéphrite calculeuse qui permit de faire une véritable lithotritie lombaire dans le triangle de J.-L. Petit.

(2) La périnéphrite sympathique, admise sans contestation par Trousseau et basée sur ce fait que des excitations prolongées des nerfs sensitifs peuvent déterminer des suppurations à distance (voy. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 475), n'est plus guère acceptée aujourd'hui. On croit généralement à présent à une infection directe; l'observation de Chopart elle-même, où de petits foyers intermédiaires entre la plaie du testicule et l'abcès périnéphrétique sont signalés, plaide dans ce sens.

néphrite ne se rencontrait pas chez l'enfant, les observations de Lœbs, Gibney, Monti, ont fait justice de cette assertion trop exclusive. Weber l'a même observée chez le fœtus. Toutefois, il est légitime de reconnaître qu'elle a une prédilection marquée pour l'âge adulte et que c'est entre trente et soixante ans qu'on la rencontre le plus fréquemment. Le sexe ne paraît pas avoir d'influence bien marquée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'abcès périnéphrétique est plus fréquent à droite qu'à gauche, et il est fort rare qu'on l'observe des deux côtés à la fois.

L'inflammation de l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein ne diffère pas de celle du tissu conjonctif des autres régions.

Les parois du foyer sont épaissies et densifiées; lorsque l'abcès est petit et ancien, il existe toujours une membrane pyogénique (1); mais souvent aussi la surface interne des parois a un aspect tomenteux et une coloration grisâtre ou noirâtre. Ces parois offrent généralement des culs-de-sac, des décollements et des prolongements qui pénètrent profondément entre les muscles grand dorsal et grand oblique, psoas et iliaque, etc.

Le pus contenu dans cette cavité est souvent de bonne nature: il est jaunâtre, phlegmoneux, inodore. Lorsque la périnéphrite est secondaire, le pus, s'il est mélangé à de l'urine, est séreux et grumeleux, il contient des pelotons graisseux ou des débris sphacelés, parfois aussi des graviers urinaires ou des débris d'échinocoques, et dégage une odeur urineuse. Dans un assez grand nombre de cas le pus a une odeur fétide et fécaloïde, alors même que l'abcès ne communique pas avec l'intestin; quand cette communication existe, le foyer purulent ne renferme pas de matières stercorales, ce qui tient à la disposition en entonnoir de l'orifice qui permet le déversement du pus dans l'intestin, mais empêche l'issue des matières fécales en sens inverse (Féron). Dans quelques cas rares, on a observé la gangrène du phlegmon périnéphrétique alors que sa cavité communiquait avec le tube digestif.

Le rein reste parfois complètement indemne au milieu du foyer purulent; le plus souvent sa capsule est épaissie ou perforée, et lui-même peut être infiltré de pus ou criblé de petits abcès. Il peut d'ailleurs présenter les lésions qui ont provoqué l'inflamma-

(1) Lorsque l'abcès, cependant, a une origine septique, il n'y a pas de collection véritable, mais une sorte de phlegmon diffus (Ebstein), une sorte d'œdème séro-purulent, suivant l'expression de Pirogoff.

tion du tissu conjonctif qui l'entoure: néphropyélite, calculs, kystes suppurés, tubercules, etc.

Les capsules surrénales restent souvent intactes; cependant Lancereaux les a trouvées ramollies et transformées en une sorte de bouillie. Le foie, la rate, le pancréas sont souvent atteints par la suppuration et offrent des lésions identiques.

Lorsque l'abcès est très étendu, le pus a une tendance marquée à s'échapper au dehors: le plus souvent c'est en arrière ou en dehors de la région lombaire que se fait l'ouverture. D'autres fois c'est au pli de l'aîne, au niveau du triangle de Scarpa, que la collection vient faire saillie. Fréquemment aussi l'abcès périnéphrétique enflamme les parois de l'estomac ou du colon et se déverse dans leur cavité. La communication avec la séreuse péritonéale est plus rare; lorsqu'elle se produit, une péritonite suraiguë en est la conséquence. Le pus se fait quelquefois une voie à travers le diaphragme, pénètre dans la plèvre en donnant lieu à une pleurésie aiguë ou à une pleuro-pneumonie, et il peut être expulsé au dehors par les bronches (1). On l'a vu aussi se faire jour à travers la prostate (Parmentier) ou le vagin (Féron).

DESCRIPTION. — La périnéphrite, dégagée de tous les phénomènes propres aux affections qui ont pu lui donner naissance (néphrite, pyélite, fièvres graves, etc.), telle, par exemple, qu'on l'observe à la suite de l'impression du froid, présente à considérer des symptômes locaux et des symptômes généraux.

Symptômes locaux. — Le premier et le plus important est la douleur. Celle-ci, généralement limitée à un seul côté, est sourde, profonde, continue, plus rarement intermittente et revenant par

(1) Pour se rendre un compte exact de l'évolution anatomique des abcès périnéaux et de leurs migrations, il est bon d'avoir présentes à la mémoire certaines dispositions de la capsule cellulo-adipeuse du rein, sur lesquelles Cloquet d'abord, puis Sappey, ont spécialement insisté.

La capsule tapisse le rein seulement sur sa face postérieure, l'antérieure est en contact immédiat avec le péritoine. Le rein forme ainsi une barrière qui s'oppose au cheminement du pus d'arrière en avant (rareté des perforations péritonéales). Par contre, la capsule se continue avec le tissu cellulaire qui s'insinue dans l'espace triangulaire compris entre le carré des lombes, le bord inférieur du grand dorsal et le bord interne du grand oblique (triangle de J.-L. Petit; lieu d'élection des fistules réno-cutanées). Enfin la capsule, très lâche au niveau de la partie supérieure du psoas iliaque, s'épaissit plus bas pour former le fascia iliaca, fait qui suffit à expliquer pourquoi, dans certains cas, le pus fuse au-dessus de l'aponévrose (abcès iliaque); pourquoi, dans d'autres, il s'insinue au-dessous d'elle et vient saillir vers le triangle de Scarpa.

accès; dans certains cas, elle est vive, aiguë, lancinante, dès le début; le plus souvent elle siège au niveau de l'échancrure costiliaque, en dehors de la masse des muscles lombaires. Les irradiations douloureuses ne sont pas constantes; lorsqu'elles existent, elles s'étendent vers la paroi antérieure de l'abdomen, les organes génitaux, et la racine du membre inférieur correspondant. Elles sont la conséquence des compressions exercées par le foyer sur les nerfs du bassin. Bienfait (de Reims) a noté l'hémiplégie transitoire du côté correspondant. Le caractère le plus saillant de la douleur est d'être toujours augmentée par le mouvement et par la pression. Le malade reste couché sur le dos, les jambes et les cuisses légèrement fléchies, parfaitement immobile, car les moindres mouvements du corps, les secousses de la toux, l'expectoration, etc., réveillent la douleur et l'exaspèrent; il en est de même du simple contact, de la palpation, de la percussion. La douleur prend un caractère d'acuité tout spécial, lorsqu'on veut étendre la jambe ou la mettre dans l'adduction.

Cette douleur, qui peut être le seul symptôme de la périnéphrite, change plus tard de caractère; au bout de huit ou quinze jours, elle devient beaucoup plus fixe, plus aiguë, lancinante, gravative, et elle s'accompagne de *tuméfaction de la région lombaire*. La région lombaire du côté malade devient plus large et plus saillante, la palpation et la vue font constater en arrière une saillie constituée par une tumeur profonde qui soulève la région, tumeur arrondie et rénitente qu'il est difficile de délimiter. En même temps toute la région, parfois aussi les régions dorsale et fessière, sont le siège d'un gonflement œdémateux très marqué, qui indique nettement la suppuration profonde. Lorsque le pus tend à se faire jour au dehors, la tumeur se limite mieux, elle s'accumule lentement, son sommet devient chaud, tendu et prend une teinte rouge érysipélateuse. A ce moment la palpation, pratiquée suivant les règles déterminées, permet de percevoir une fluctuation profonde qui devient chaque jour de plus en plus superficielle. Rosenstein a conseillé de chloroformer les malades lorsque la sensibilité trop grande de la région empêche de rechercher la fluctuation. Lorsque le pus est évacué, soit au dehors, soit dans l'intestin, la tumeur s'affaisse immédiatement, mais elle reparait si la poche se remplit de nouveau.

A ces symptômes locaux s'ajoutent les troubles de la sécrétion urinaire. L'urine est rare, chargée de pigment et d'urates; en général elle est évacuée sans douleur. Lorsque la périnéphrite est d'origine traumatique, il peut y avoir de l'hématurie au début;

lorsqu'elle succède à une affection du rein, l'urine peut renfermer de l'albumine, du pus, des graviers urinaires.

Symptômes généraux. — Les symptômes généraux ne présentent rien de spécial à la périnéphrite, ce sont ceux que l'on observe dans toutes les suppurations un peu étendues.

La fièvre, surtout dans la forme primitive, est souvent le premier symptôme du phlegmon périrénal; en général, cependant, elle est précédée par l'apparition de la douleur. Dans bien des cas elle débute par un frisson initial, intense, de plusieurs heures de durée; elle est alors franchement intermittente, à type quotidien et peut, par ses allures, embarrasser vivement le diagnostic; elle tend ensuite à devenir subcontinue ou mieux rémittente, à paroxysmes vespéraux; puis, au bout d'une quinzaine de jours, lorsque le pus est collecté, elle commence à tomber, pour disparaître lorsque le foyer s'est ouvert à l'extérieur.

Les symptômes gastro-intestinaux peuvent se montrer dès le début, en même temps que la fièvre, ou même la précéder: ils consistent alors en nausées et en vomissements. La constipation est fréquente au début. Plus tard apparaissent la perte d'appétit, la soif vive, l'amaigrissement, la prostration, la diarrhée et tous les symptômes ordinaires de l'hecticité.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — La marche de la périnéphrite présente des différences très marquées en rapport avec les conditions étiologiques. Primitive, elle offre souvent une évolution aiguë avec fièvre, frissons, teinte jaunâtre de la peau, inappétence, etc., avec tuméfaction, œdème, sensibilité de la région lombaire, fluctuation (Gueneau de Mussy). La périnéphrite traumatique présente de plus des vomissements, du ténesme vésical, de l'hématurie.

La marche de la maladie est souvent coupée par des rémissions de durée variable: les symptômes qui s'étaient manifestés au début s'atténuent, la douleur disparaît; puis, sous l'influence d'une cause nouvelle (et c'est toujours ainsi que le froid agirait d'après Cusco et Demarquay), tous les symptômes, tant locaux que généraux, se montrent de nouveau et la maladie évolue comme s'il n'y avait pas eu de temps d'arrêt. Les débuts de la périnéphrite secondaire sont le plus souvent insidieux et masqués par les symptômes de l'affection dont ils dépendent.

La durée du phlegmon périnéphrétique est très variable. Dans les cas où la maladie se termine par résolution, faits cités par Trousseau, la durée peut ne pas dépasser quinze jours ou trois semaines. Dans la périnéphrite gangreneuse, la durée n'est pas de

plus de quatre à cinq jours. Si l'abcès s'ouvre à l'extérieur, l'écoulement du pus dure six à sept semaines; l'évacuation par les bronches se termine encore plus rapidement. Lorsque la suppuration périrénale est due à des calculs urinaires, elle peut durer des années.

La terminaison est variable. Les faits rapportés par Trousseau et par Hallé ont bien montré la possibilité de la résolution; la terminaison par gangrène est rare; Rayet n'en cite que deux cas rapportés par Turner et par Bland. La suppuration est la règle, et la guérison peut survenir après l'évacuation naturelle ou artificielle du pus. Le pus stagne souvent dans les clapiers profonds et le malade succombe à la résorption putride ou à la pyohémie: la terminaison fatale peut survenir par le fait des inflammations que détermine l'évacuation du pus dans le péritoine, l'intestin, la plèvre, le poumon, etc.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le *diagnostic* de la périnéphrite est souvent fort délicat. Au début on pourrait facilement confondre la périnéphrite avec le *lumbago* ou la *névralgie ilio-lombaire*, dont elle se distingue par l'absence de points douloureux, par les caractères de la douleur qui est plus profonde et s'exaspère surtout par la pression, par l'existence d'une fièvre vive. Les douleurs du *lumbago* sont presque toujours bilatérales. Dans le cas de *psoriasis*, les malades prennent une attitude caractéristique, la tuméfaction se fait dans la fosse iliaque et non à la région lombaire, et la douleur, presque nulle à la pression, s'exagère surtout par les mouvements du membre inférieur. Les *abcès du rein* et la *pyélite suppurée* donnent lieu, comme le phlegmon périrénal, à une tumeur fluctuante dans la région lombaire; mais cette tumeur est plutôt appréciable à la partie antérieure de l'abdomen qu'à la région lombaire; il n'y a pas d'œdème sous-cutané et l'urine est ordinairement purulente; d'ailleurs, la marche ultérieure de la maladie est absolument différente dans ces deux cas. L'*hydronéphrose*, qui donne également lieu à une tumeur fluctuante limitée à un seul côté, se distingue assez facilement par l'absence d'œdème sous-cutané, sa marche lente et apyrétique, l'absence de douleurs. Dans les *phlegmons superficiels* de la paroi abdominale, la tuméfaction n'est pas circonscrite, la fluctuation est plus nette, l'œdème sous-cutané plus précoce, la marche plus rapide. Enfin il ne faudra jamais négliger de s'assurer qu'on n'a pas affaire à la *hernie* de J. Petit.

Le *pronostic* est favorable si l'on a affaire à une périnéphrite primitive qui guérit facilement avec un traitement rationnel; il

est beaucoup plus sérieux dans la forme secondaire, surtout lorsqu'elle succède à une pyélo-néphrite calculeuse.

TRAITEMENT. — A la période d'hypérémie il faut employer avant tout les moyens antiphlogistiques, puisque la résolution peut se produire dans quelques cas, et en particulier les frictions mercurielles, les sangsues, les ventouses scarifiées, les cataplasmes. On cherchera à calmer la douleur par les opiacés et les injections de morphine.

Dès que la fluctuation est perçue, il faut intervenir et donner issue au pus. Le *drainage* a été conseillé par Chassaignac et lui a donné de bons résultats; la *ponction aspiratrice* suffit parfois pour faire disparaître toute trace de l'abcès. Néanmoins ces deux méthodes ont le grave inconvénient de ne pouvoir donner issue aux corps étrangers qui se rencontrent parfois dans le foyer purulent, et en particulier lorsque la périnéphrite est consécutive à la présence d'un calcul dans le tissu conjonctif périrénal; l'*incision* au bistouri est de beaucoup préférable, car elle permet d'ouvrir largement et de faire commodément le lavage du foyer purulent avec les liquides désinfectants: eau iodée, acides phénique, borique, etc. Le meilleur procédé consiste à appliquer d'abord des *caustiques* et d'ouvrir ensuite avec le bistouri à travers l'eschare.

On ne négligera pas de tonifier le malade et de soutenir ses forces pour lui permettre de supporter une suppuration d'une durée parfois fort longue.

PÉPIN. Considérations sur les plaies par armes à feu, th. de Paris, 1818. — BAUDENS. Traité des blessures par armes à feu, 1836. — ANDRAL. Clinique médicale, t. II, 1839. — LENEVEU. Considérations sur les fistules réno-pulmonaires, th. de Paris, 1840. — BIENFAIT (de Reims). Gazette hebdomadaire, 1856. — FÉRON. De la périnéphrite primitive, th. de Paris, 1860. — PICARD. De la périnéphrite primitive, th. de Paris, 1868. — HALLÉ. Des phlegmons périnéphrétiques, th. de Paris, 1863. — TROUSSEAU. Abcès périnéphrétiques, in Union médicale, 1865, et Clinique médicale, 7^e édit., 1885, t. III. — CURLING. Brit. med. Journal, 1869. — TACHARD. Gazette hebdomadaire, 1869. — NAUDET. Du phlegmon périnéphrétique, th. de Paris, 1870. — KRETSCHMAR. Des abcès périnéphrétiques, th. de Paris, 1872. — L. COLIN. Gazette hebdomadaire, 1872. — LEGUEST. Traité de chirurgie d'armée, 1872. — BLOCH. De la contusion du rein, th. de Paris, 1873. — GUÉNEAU DE MUSSY. Clinique médicale, t. II, 1875. — LANCEREAUX. Art. *Rein*, in Dict. Encycl. des sc. méd., 1875. — AUDOUARD. Progrès médical, 1876. — VAUCY. Contribution à l'étude de la périnéphrite, th. de Paris, 1876. — NIEDEN. Deutsches Archiv für klin. Med., t. XXII, 1878. — MARDUEL. Art. *Rein*, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg., 1881. — DOYEN. Abcès périnéphrétique tuberculeux (Soc. anat., 1882). — MONTI. Gerhardt's Handbuch für Kinderkrankheiten. — LABADIE-LAGRAVE. Maladies des reins, 1888.

REIN MOBILE

Synonymie : *Déplacement des reins, ectopie rénale acquise, rein flottant, luxation des reins.*

Nous ne nous occuperons pas ici de l'ectopie rénale fixe qui, le plus souvent congénitale, n'a pas de symptomatologie spéciale et ne présente guère d'intérêt que celui d'une curiosité anatomique; nous étudierons seulement l'ectopie rénale acquise avec mobilité de l'organe dans la cavité abdominale. Cette déformation, que d'excellents esprits se refusent encore à admettre, ne saurait être écartée du cadre nosologique; elle y a conquis sa place : *de par l'anatomie* normale qui démontre que le rein peut éprouver des déplacements considérables dans sa capsule adipeuse (Sappey); *de par la clinique*, qui a fourni déjà un certain nombre d'observations incontestables; enfin *de par l'anatomo-pathologie*, qui a constaté sur le cadavre les déplacements soupçonnés pendant la vie (voy. *Bullet. de la Société anat.*). Signalée déjà par Cruveilhier, la luxation du rein a été bien étudiée par Fritz en 1859, par Becquet en 1864, Trousseau et Gueneau de Mussy; les travaux récents d'Ebstein, Lancereaux, Walther (de Dresde), ont complété son histoire.

ÉTIOLOGIE. — La luxation du rein est rarement double et dans ce cas elle est plus accusée d'un côté; en général un seul rein, de préférence le rein droit, est déplacé. Sur 43 observations, 31 sont relatives au rein droit, 5 au rein gauche; dans les 7 autres les deux reins étaient déplacés, mais le droit plus que le gauche (Lancereaux). Sur un relevé de 91 cas, Ebstein compte 65 observations pour le rein droit, 14 pour le gauche et 12 pour les deux reins à la fois. Cette prédominance du déplacement du côté droit n'a pas jusqu'à présent trouvé d'explication suffisante.

L'ectopie rénale est d'une grande fréquence : l'un de nous a pu en quelques mois en recueillir 50 observations, et plus commune chez la femme que chez l'homme dans le rapport de 100 à 18, d'après les recherches de Rosenstein et d'Ebstein portant sur un total de 155 cas. Cette proportion nous semble même un peu élevée; sur nos 50 observations 1 seule avait trait au sexe masculin. On peut observer le rein mobile à toutes les époques de la vie (3 faits de Steiner chez des enfants de six à dix ans); mais c'est de dix-huit à quarante-cinq ans qu'il se montre avec le plus de fréquence.

On observe parfois le rein mobile à la suite de chutes, d'efforts, de traumatismes, de contusions de la région lombaire; chez la femme, on a invoqué le relâchement des parois abdominales à la suite de grossesses répétées, l'usage du corset (Cruveilhier). Peter l'a constaté chez l'homme comme conséquence de l'action prolongée de vêtements trop serrés. La disparition rapide du tissu cellulaire périrénal chez les individus obèses qui maigrissent sous l'influence d'une cause quelconque a été invoquée par Oppolzer. Les quintes de toux (Defontaine, Rosenstein), les marches forcées, etc., peuvent être des causes accidentelles de l'ectopie rénale. Il est beaucoup plus rare de la voir survenir à la suite d'hypertrophie du foie ou de la rate, de déplacement de l'intestin (Rayer, Canton) ou de l'utérus, d'hydronéphrose, de cancer du rein (Rollet). Nous avons cependant plusieurs fois constaté l'existence du rein mobile à la suite de pleurésies droites qui avaient entraîné un abaissement notable du foie.

Glénard, enfin dans une série de publications récentes, fait jouer un rôle prépondérant aux déplacements de l'intestin (entéroptose) dans la production de l'ectopie rénale. Nous croyons pour notre compte que le rein mobile est loin d'être subordonné aux déplacements intestinaux et que, lorsque les deux phénomènes s'observent concurremment, ils dépendent le plus souvent d'une cause univoque qui a produit un relâchement général des viscères, la neurasthénie.

Une disposition spéciale du péritoine, formant au rein une enveloppe semblable à un mésocôlon, a été observée par Girard, puis par Simpson.

DESCRIPTION. — Les deux symptômes les plus importants du rein mobile sont la *douleur* et la *tumeur abdominale*.

La douleur du rein flottant varie de siège, d'intensité et de nature dans chaque cas particulier. Le plus souvent elle est limitée à l'un des flancs ou des hypochondres; mais on l'observe aussi à la région lombaire ou à l'épigastre. Elle peut même s'irradier jusque dans les cuisses et rendre la marche extrêmement pénible, parfois même impossible. C'est tantôt un simple malaise de peu d'importance, une sensation de tiraillement ou de pesanteur, tantôt une douleur sourde, avec des paroxysmes souvent désignés par les malades sous le nom de *coliques nerveuses* (Lancereaux), s'accompagnant d'angoisses, de nausées, de petitesse du pouls et de faciès hippocratique, parfois aussi d'accès fébriles avec frisson et chaleur intense (Oppolzer). Ces exacerbations si violentes surviennent le plus souvent à la suite des efforts de

toutes sortes : toux, défécation, courses à cheval, etc. Elles ont un rapport incontestable avec la menstruation, car on les voit souvent se produire à l'époque cataméniale (Rollet, Becquet, Lancereaux), ce qui est dû sans doute à la congestion concomitante du rein. Le repos au lit fait généralement disparaître tous ces symptômes alarmants.

La tumeur abdominale, dans laquelle il est souvent possible de reconnaître assez nettement le rein, siège en général sur les parties latérales de l'abdomen, sous le rebord costal, plus souvent à droite qu'à gauche; elle est allongée et ovoïde, lisse et sans bosselures, ferme et élastique, à grand axe dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Un de ses caractères les plus constants est sa *mobilité*: très appréciable à un certain moment, la tumeur peut disparaître sous un grand nombre d'influences, telles que les mouvements respiratoires, le décubitus latéral, etc.; parfois il est possible de la déplacer dans tous les sens, comme dans le cas de Drysdale, où la tumeur située au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite pouvait être ramenée jusque sous les fausses côtes gauches. Nous l'avons rencontrée plusieurs fois sur la ligne médiane au-devant de l'aorte, qui la soulevait de façon à simuler une véritable tumeur anévrysmale. Le plus souvent la palpation du rein déplacé est douloureuse, et la pression exercée sur lui amène quelquefois des lipothymies et des syncopes.

Le rein déplacé donne lieu, à la percussion, à une zone de matité plus ou moins étendue qui tranche nettement sur le son tympanique de l'intestin qui l'entoure. Enfin, la région qu'il occupe physiologiquement est moins pleine et moins rénitente qu'à l'état normal; en même temps, la région lombaire offre un aplatissement qu'on apprécie plus facilement lorsque le malade est à genoux, mais qui n'est pas toujours constant. Ces derniers signes disparaissent lorsque le rein reprend sa place, sous l'influence du décubitus dorsal par exemple.

La diurèse n'est pas troublée, en général, par le déplacement du rein; l'urine n'offre d'altérations que dans le cas de lésions concomitantes ou consécutives du rein flottant, ou même du rein opposé. Au moment de la congestion cataméniale l'urine contient pourtant assez souvent des traces appréciables d'albumine.

Le rein flottant a une action très appréciable sur la santé générale: les malades sont dans un état de faiblesse irritable spécial, ils sont nerveux et excitables, bizarres; présentant les symptômes de l'hypochondrie chez l'homme, de l'hystérie chez la femme (Lancereaux). Peut-être doit-on rapporter ces troubles

nerveux qui se produisent chez la femme à l'excitation du plexus utéro-ovarien par l'intermédiaire des anastomoses qui l'unissent au plexus rénal. Les troubles gastralgiques et dyspeptiques qui existent dans un grand nombre de cas ont été rapportés, par Bartels et Stiller, à la compression exercée par le rein flottant sur la portion ascendante du duodénum (1). La dilatation de l'estomac est d'ailleurs la règle dans les cas de reins mobiles; mais cette dilatation n'est pas permanente, elle cède au traitement rationnel et ne saurait en conséquence être considérée comme ayant toujours une origine mécanique.

Les complications du rein mobile sont peu nombreuses. Rayer a observé de la péritonite circonscrite et des adhérences immobilisant le rein dans une position vicieuse (2); l'œdème des membres inférieurs a été signalé dans quelques cas par pression du rein sur la veine cave: celle-ci a même été trouvée complètement oblitérée (Girard). Les accidents décrits par Dietl sous le nom de *symptômes d'étranglement*, consistant en une augmentation du volume du rein avec douleur excessivement vive, diminution de la sécrétion urinaire, fièvre intense, signes de collapsus, etc., doivent être rattachés, d'après Gilewski, à l'hydronephrose aiguë déterminée par la rotation du rein sur son axe et par l'oblitération de l'uretère qui en résulte. Ces accidents se terminent au bout de quelques jours par une abondante excrétion d'urines mêlées de pus et de mucus.

Au point de vue de la marche, on peut reconnaître à la maladie trois périodes. Dans la première, le rein est seulement le siège de quelques douleurs spontanées ou provoquées par la pression, plus vive aux époques menstruelles, s'exagérant par les marches un peu longues, les mouvements violents, la danse, l'équitation, etc.; le rein est alors peu mobile et n'a subi qu'un déplacement léger. Dans la seconde période, le rein, tout à fait luxé, forme une tumeur dans l'abdomen et donne lieu aux graves symptômes que nous venons d'étudier. Enfin, dans une dernière période, dont la réalité est d'ailleurs contestée par beaucoup

(1) Une série d'expériences pratiquées par Stiller lui ont prouvé, en effet, qu'en pareil cas, l'introduction de poudres effervescentes dans l'estomac produit une brusque dilatation de l'estomac et de l'anse duodénale siégeant au-dessus de l'obstacle, démontrant ainsi, avec l'existence d'une insuffisance pylorique, la compression de la partie supérieure de l'intestin grêle.

(2) Le rein mobile est d'ailleurs presque constamment enveloppé par un exsudat ancien: c'est ce qui ressort des rares autopsies pratiquées par Lekoy et Lecorché.